

388

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 mai 1901, à 1 heure

PAR

Paul Antony LOUSTAU

Ancien externe des Hôpitaux

DES TUBERCULOSES CUTANÉES

Consécutives aux fièvres éruptives

ET EN PARTICULIER A LA ROUGEOLE

Président : M. FOURNIER, Professeur.

KIRMISSON, Professeur.

Juges : MM. GAUCHER, Agrégé.

BROCA Auguste, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 mai 1901, à 1 heure

PAR

Paul Antony LOUSTAU

Ancien externe des Hôpitaux

DES TUBERCULOSES CUTANÉES

Consécutives aux fièvres éruptives

ET EN PARTICULIER A LA ROUGEOLE

Président : M. FOURNIER, Professeur.

<i>Juges : MM.</i>	{	KIRMISSON, <i>Professeur.</i>
		GAUCHER, <i>Agrégé.</i>
		BROCA Auguste, <i>Agrégé.</i>

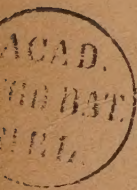
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1901



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N.....
	CHANTEMESSE.
	JACCOUD.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THIROLOIX
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	HEIN.	REMY.	WALTHER
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
DELBET.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
DESGREZ.	LEGUEU.	TEISSIER.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON COUSIN LE DOCTEUR LOUIS BERTRAND

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons, suivant un vieil usage auquel nous sommes heureux de nous conformer, à exprimer à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris, notre profonde gratitude pour l'enseignement dévoué que nous avons reçu d'eux.

Qu'il nous soit permis d'accorder ici un hommage spécial à la mémoire de celui qui le premier nous a initié à la clinique médicale, le regretté docteur Hanot.

Nos autres maîtres dans les hôpitaux ont été les docteurs Tapret en médecine générale, d'Heilly en maladies infantiles, Périer, Picqué, Walther en chirurgie, Tenneson en maladies cutanées, Brindeau en accouchements : qu'ils reçoivent ici l'expression de toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Depuis longtemps déjà, on a remarqué que les fièvres éruptives prédisposaient aux affections tuberculeuses.

Le fait est bien établi pour l'appareil respiratoire ; il est d'observation courante de voir succéder, à la rougeole principalement, soit la tuberculose pulmonaire ou la pneumonie tuberculeuse, soit l'adénopathie trachéo-bronchique.

L'adénite cervicale est fréquente.

Les lésions osseuses, quoique moins souvent mentionnées, ne sont pas rares ; on a observé notamment la coxalgie.

Ces infections rentrent dans les complications tardives des fièvres éruptives.

Notre intention est de montrer que les poumons, les ganglions, les os, ne sont pas seuls frappés à la suite de ces affections et que la peau elle-même peut être atteinte et ceci d'une façon presque immédiate.

Nous allons essayer de prouver qu'il existe des tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives, et

nous décrirons, parmi celles-ci, la forme la plus habituelle qui est un *lupus plan*, affection méritant, selon nous, par son étiologie, ses symptômes et son évolution, une place spéciale parmi les bacilloses de la peau.

Nous ne ferons pas l'histoire de la question, car elle est toute récente, et jusqu'à ces dernières années nous n'avons pu rencontrer qu'une phrase, sans aucun commentaire, dans laquelle Kaposi (2^e édition du *Traité de Dermatologie*, édition française) fait allusion au rôle des fièvres éruptives dans le développement du *lupus*.

Nous dirons seulement que le premier cas précis est celui de Besnier en 1889 ; depuis, c'est surtout M. Du Castel qui a étudié cette question ; nous tenons à le remercier ici de nous avoir autorisé à nous servir de ses observations et de nous avoir encouragé et conseillé avec la plus grande bienveillance.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

Age. — Comme date du début de l'affection nous trouvons :

1 cas	à	1 an	2 cas	à	5 ans
1	—	12 mois	1	—	5 an 1/2
1	—	13 mois	2	—	6 ans 1/2
1	—	1 an 1/2	1	—	7 ans
3	—	2 ans	1	—	10 ans
2	—	3 ans	1	—	11 ans
1	—	3 ans 1/2	2	—	15 ans
2	—	4 ans	1	—	18 ans
1	—	4 ans 1/2			

L'affection s'observe donc principalement de 1 à 11 ans et surtout de 1 à 7 ans ; trois cas seulement apparurent pendant l'adolescence.

Le sexe ne joue aucun rôle puisque sur 24 cas, nous relevons 11 garçons et 13 filles.

Ces considérations d'âge et de sexe n'ont aucune valeur étiologique ; elles sont sous la dépendance de la

cause occasionnelle, la fièvre éruptive qui frappe surtout les enfants et sans distinction de sexe.

Maladies antérieures. — Notre but étant de montrer le rôle des fièvres éruptives dans le développement de l'affection, il nous faut prouver qu'il n'y a pas une simple coïncidence, mais bien une corrélation ; un des éléments de la démonstration consistera à faire voir combien de temps après la maladie générale est apparue l'éruption tuberculeuse. Or, si tous les auteurs n'ont pas noté avec le même soin la date de cette apparition, leurs indications sont assez précises pour montrer combien, habituellement, ce temps est court.

Voici textuellement comment ils s'expriment à ce sujet :

Apparition

1	fois	en même temps que l'éruption de rougeole		
1	—	pendant	—	—
1	—	a remplacé	—	—
2	—	aussitôt après	—	—
1	—	très rapidement après	—	scarlatine
2	—	peu après	—	rougeole
2	—	après	—	—
5	—	à la suite de	—	—
1	—	quelques semaines après	—	scarlatine
1	—	trois semaines après	—	rougeole
1	—	un mois après	—	—
1	—	six semaines après	—	—
2	—	deux mois après	—	—

1	fois	cinq	mois	après	l'éruption	de	varicelle
1	—				dans le courant de l'année		
					qui a suivi	—	rougeole
1	—				dix-sept mois après	—	—

Ainsi, dans deux cas la tuberculose cutanée a fait son apparition pendant la rougeole, 19 fois dans le décours de l'exanthème rubéolique ou scarlatineux, trois fois seulement de 5 à 17 mois après la rougeole et la varicelle.

La fièvre éruptive a été 21 fois la rougeole, deux fois la scarlatine, une fois la varicelle.

La rougeole a été compliquée deux fois de broncho-pneumonie, une fois de bronchite et de congestion pulmonaire, une fois de coqueluche et une fois d'otite suppurée.

A part la fièvre éruptive, cause occasionnelle, le casier pathologique de ces enfants est habituellement vierge, ce qui n'a rien d'étonnant étant donné leur jeunesse; seuls deux offraient des symptômes de rachitisme, un avait eu une broncho-pneumonie, un autre une adénite tuberculeuse. Chez aucun on n'a signalé de stigmates de syphilis héréditaire.

Antécédents héréditaires.— Il était indiqué, étant donné la nature tuberculeuse des lésions qui nous occupent et l'absence ordinaire de symptômes de l'infection bacillaire chez les petits malades, de nous enquerir s'il n'existait pas de tuberculose chez les ascendants et les collatéraux; voici ce que nous apprend à ce sujet l'analyse de nos observations.

Deux cas sont douteux ; on sait seulement que dans l'un la mère âgée de 34 ans a toussé de 20 à 25 ans.

Deux autres cas sont plus nets : grand'mère morte de tuberculose, sœur morte à 22 mois de méningite.

Enfin la certitude existe dans trois autres observations où l'on voit un père soigné deux fois à l'hôpital Necker pour bacillose, une mère morte de la même maladie, et un père toussant et ayant perdu deux frères de tuberculose pulmonaire.

Ainsi nous ne trouvons l'hérédité que 5 fois sur 24 ; ce nombre est insuffisant pour permettre de généraliser le rôle de ce facteur héréditaire, mais il est permis de supposer que dans ces 5 cas, il a dû vraisemblablement jouer le rôle de cause prédisposante,

On n'a pas trouvé de syphilis chez les ascendants.

CHAPITRE II

Symptômes.

Nous ne passerons pas en revue dans ce chapitre toutes les tuberculoses cutanées dont nous avons des exemples ; les formes sont variables, quelquefois associées ; il faut bien dire d'ailleurs que, dans certains cas, l'étiquette dermatologique est plus ou moins hypothétique, se rapportant à des cas atypiques, mais que dans toutes la nature bacillaire est affirmée.

Nous nous bornerons à décrire les formes que l'on rencontre le plus souvent, c'est-à-dire celles publiées sous le nom de *lupus disséminé* : il s'agit habituellement de *lupus plan*.

Nous avons à considérer deux points : d'abord l'aspect des lésions, quelque peu variable, ensuite leur topographie, bien plus importante pour nous, en ce sens qu'elle contribue pour une grande part à imprimer un cachet spécial à l'affection que nous décrivons.

1° *Aspect*. — Les éléments sont le plus ordinairement des nodules dont le diamètre oscille entre quelques

millimètres (tête d'épingle, grain de millet ou de chénvis) et un centimètre.

Leur *coloration* est variable suivant les cas, suivant les différentes lésions observées sur un même sujet probablement aussi suivant leur âge ; si l'on ajoute à cela que d'une façon générale, surtout en dermatologie, il est très difficile de décrire exactement une coloration (il faudrait pour cela que tous les yeux vissent de la même façon et que les langues fussent d'une richesse admirable), on comprendra que les observateurs aient souvent employé des termes différents.

Le plus souvent on a qualifié ces nodules de jaune rougeâtre ou cuivré, quelquefois de rouge foncé ou de brun pourpre ; très fréquemment on leur donne l'épithète de sucre d'orge, ce qui rappelle non seulement leur couleur, mais encore un autre caractère optique d'une grande valeur, leur transparence colloïde.

Leur *forme* est le plus souvent arrondie, quelquefois irrégulière ; ils possèdent toujours des bords très nets et presque perpendiculaires ; l'on signale d'une façon constante la saillie qu'ils font au-dessus de la peau avoisinante ; de plus, beaucoup d'auteurs remarquent qu'ils sont « enchâssés, insérés, incrustés » sertis en quelque sorte dans le derme.

On voit fréquemment à leur surface soit des croûtelles, soit des squames épidermiques à aspect psoriasiforme.

Ils sont indolents spontanément, quelquefois sensibles à la pression, toujours aprurigineux.

Il n'ont aucune tendance destructive ou ulcéreuse.

Ils se réunissent ordinairement entre eux à peu de distance les uns des autres, en groupes de 2 à 4, 4 à 6, par exemple : quelques auteurs signalent certains de ces placards disposés en croissant et affectant la forme d'un demi-cercle.

2° Bien plus intéressante est la répartition à la surface du corps, la *topographie* de l'éruption qui est un de ses principaux caractères. Au lieu de se cantonner en un point, de rayonner lentement par extension centrifuge, ils sont toujours répartis en plusieurs endroits, ordinairement sur presque toute la surface du corps et cela sans symétrie, sans régularité aucune dans leur distribution.

Par exemple, dans une observation de Du Castel on remarque trois nodules sur la joue gauche, un sur la joue droite, six sur le poignet droit et la face externe du pouce du même côté, d'autres en foyers plus nombreux à la partie interne des fesses, une vingtaine sur les membres inférieurs et les pieds.

Un cas de Philippson montre 140 papules dont 70 sur les membres inférieurs, 40 sur les membres supérieurs et les autres réparties sur la tête et le tronc.

Dans d'autres cas on en rencontre un moins grand nombre, par exemple (Török) : 13 réparties sur la joue, le dos de l'oreille, l'extrémité supérieure des deux cuisses et la région fessière.

Enfin pour citer un dernier cas, une malade de Du Castel n'avait présenté que deux plaques, une sur la joue gauche, l'autre sur la partie supérieure de l'avant-

bras droit ; dans toutes les autres observations, la diffusion des éléments est bien plus remarquable.

Ainsi les nodules lupiques ne sont pas circonscrits, il sont *disséminés*.

Or, si le lupus disséminé n'est pas exceptionnel, il constitue après la rougeole la règle, et une règle à laquelle nous n'avons pu rencontrer qu'une exception ; en dehors de cette étiologie, il est rare.

Cette dissémination est un des grands caractères de la forme que nous décrivons ; les autres nous seront fournis par la marche et l'évolution de la maladie.

Diagnostic.

Le diagnostic du lupus vulgaire sortirait du cadre de ce travail : nous nous contenterons de signaler certains accidents de syphilis tertiaire qui peuvent le rendre hésitant.

Pour le professeur Fournier, les lupus guéris par le traitement ioduré sont imputables à l'hérédo-syphilis. On fera une enquête minutieuse sur les parents, on recherchera les stigmates de l'affection (triade d'Hutchinson, altérations du squelette, etc...) ; on a insisté sur la valeur diagnostique d'ulcérations siégeant sur le côté de l'angle externe de l'œil (Aubert et Roussel).

En général on arrivera facilement au diagnostic par la notion de fièvre éruptive récente, par la dissémination des éléments et par la marche de l'éruption qui se fait en une seule fois, très rapidement, puis reste

stationnaire, comme nous le verrons au chapitre suivant.

Enfin, dans les cas douteux, on aura recours à l'examen histo-bactériologique et surtout à l'inoculation au cobaye.

CHAPITRE III

Marche et pronostic.

Ici, nous arrivons à un autre caractère fondamental qui marque cette affection d'un sceau particulier.

Alors que le lupus vulgaire met des mois à se dessiner, des années à évoluer (1), le lupus consécutif aux fièvres éruptives apparaît rapidement, se constitue presque d'emblée, atteignant immédiatement son maximum de développement, puis reste immobile par la suite ; quelques nodules nouveaux pourront éclore ; il n'y aura pas en réalité une nouvelle éruption ; des malades revus à un, deux et même douze ans d'intervalle, ne présenteront guère de modifications.

Il y a donc dans le mode d'apparition de notre lupus post-fébrile une différence capitale, la brusquerie de son évolution.

Mais si le lupus vulgaire met des années à évoluer, il

(1) Seul le lupus vorax est capable de détruire la face à une grande profondeur. en un mois ou six semaines.

a une marche aussi continue qu'elle est lente, et soit que le traitement ait été nul, soit qu'il ait été peu efficace (ce qui malheureusement se voit tous les jours), les nodules s'ulcèrent, se réunissent, causant de graves délabrements de la paupière, de l'aile du nez « usée comme à la pierre ponce » (Lailler et Mathieu). Rongés par la maladie, une lèvre, la commissure labiale, le nez disparaissent, les os sont atteints, nécrosés, en même temps que le mal se propage aux muqueuses de la bouche, des fosses nasales et jusque dans le pharynx et le larynx.

Le lupus dont nous nous occupons paraît moins redoutable ; les nodules qui le constituent n'ont pas de tendance à augmenter de volume ni à marcher vers l'ulcération ; et presque toujours ils restent stationnaires ou rétrocedent. Citons quelques observations à l'appui de notre dire :

Du CASTEL. OBS. VII. — « Depuis trois ans, les lésions n'ont pas subi de modifications importantes, ou, tout au plus, elles auraient subi une légère amélioration ».

Du CASTEL. OBS. VIII. — « Placards existant depuis plusieurs années, sans tendance à l'aggravation ou à la résorption ; quelques-uns auraient guéri spontanément. »

Du CASTEL. OBS. X. — « Depuis deux ans, les lésions n'ont pas changé d'aspect ; elles n'ont ni augmenté ni diminué : cependant les nodules auraient été plus nombreux et quelques-uns auraient guéri ; la mère de l'enfant est nettement affirmative sur ce point. »

Du CASTEL. OBS. XI. — « La lésion existe depuis douze ans, et reste immobile depuis cette époque. Il s'était formé sur

l'avant-bras droit une plaque de lupus qui avait guéri spontanément ; au niveau indiqué par la malade comme siège de cette dernière, on voit une plaque cicatricielle de la dimension d'une pièce de un franc ; cette cicatrice est ponctuée : il semble que chaque point cicatriciel corresponde à un tubercule guéri. »

ADAMSON. OBS. XXII. — « Un an et demi après, l'enfant fut revu ; l'éruption avait presque complètement guéri ; il restait quelques éléments en voie d'effacement ; il n'existait pas de cicatrices, mais le siège des lésions primitives était marqué par une pigmentation. »

OBS. XXIII, personnelle. — La lésion de l'oreille s'est légèrement étendue, un nodule isolé est resté immobile ; un placard situé au-dessus du sourcil a guéri spontanément et complètement en laissant une cicatrice à sa place.

Dans un seul cas de Tôrök (obs. XIX), aucune des lésions ne présente de rétrocession ; au contraire, on remarque un accroissement lent et pourtant continu.

En résumé, on voit par ces quelques exemples que, presque toujours, le lupus post-rubéolique n'a pas de tendance à s'ulcérer ni à s'accroître ; il tend plutôt vers la guérison spontanée : par conséquent, eu égard à la gravité du lupus vulgaire, le pronostic du premier est relativement bénin.

CHAPITRE IV

Nature de l'affection.

Presque tous les médecins s'accordent aujourd'hui à reconnaître la nature bacillaire du *lupus tuberculeux*. (Bien entendu l'épithète « tuberculeux » concerne l'aspect de la lésion élémentaire et non sa nature ; on l'emploie par opposition avec le *lupus érythémateux* dont l'origine tuberculeuse est d'ailleurs peu prouvée.)

Les arguments sur lesquels on s'appuie pour admettre cette nature sont de trois ordres : cliniques, histologiques, bactériologiques.

La preuve *clinique* principale est tirée de ce fait que les *lupeux* paient un fort tribut à la tuberculose pulmonaire. En outre, on observe sur le même sujet soit la coexistence de *lupus*, de tuberculose verruqueuse et de *lichen scrofulosorum*, comme chez un de nos malades, soit même la transition entre le *lupus* et la tuberculose verruqueuse.

Au point de vue *histologique*, on a trouvé sous les papilles, dans le derme, des follicules tuberculeux.

La preuve *bactériologique* est faite ; on a trouvé le bacille de Koch dans les coupes ; Koch a même pu obtenir une culture pure : enfin les inoculations positives sont aujourd'hui très nombreuses ; il est probable que cette tuberculose est atténuée parce que la peau est un mauvais milieu de culture pour le microbe.

Pour la tuberculose verruqueuse, Riehl et Paltauf (*Tuberculosis verrucosa cutis. Viertelj. f. Dermatologie und Syphilis*, 1886, p. 19) y ont trouvé des follicules et des bacilles.

Les gommes scrofulo-tuberculeuses sont aussi des tuberculoses atténuées, mais elles évoluent vers l'abcès froid, au lieu d'évoluer comme le lupus vers la sclérose et l'ulcération.

On accorde la même origine au lichen scrofulosorum ; nous venons de voir qu'un petit malade présenté récemment par M. Du Castel à la Société de Dermatologie (obs. XII), présentait à la fois du lupus et des papules de lichen scrofulosorum, ce qui cadre bien avec l'idée de parenté des deux affections.

Voyons maintenant si nous sommes en droit de revendiquer la même origine pour notre lupus post-fébrile.

Or, dans 7 cas de tuberculose cutanée consécutive aux fièvres éruptives, la nature de l'affection a été recherchée et confirmée par l'examen histologique, bactériologique, par l'inoculation au cobaye et même dans un cas par l'injection de tuberculine.

Voici ce que nous trouvons à ce propos :

OBS. I. — Besnier. — Le docteur Jacquet ne trouve ni bacilles ni cellules géantes dans les coupes, mais un cobaye, inoculé dans l'aîne gauche, donne des ganglions caséeux dans lesquels on rencontre des bacilles ; on le sacrifie et l'on trouve des lésions tuberculeuses des ganglions du foie et de la rate ; un second animal présente des lésions tuberculeuses au point d'inoculation, dans le mésentère et la rate.

OBS. V. — Philippson. — L'auteur rapporte que l'examen histologique confirma son diagnostic de lupus.

OBS. VI. — Doutrelepont. — La nature tuberculeuse est vérifiée par l'injection de tuberculine, par l'examen histologique et l'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil de deux lapins.

OBS. XIII. — Jessner. — Granulome à l'examen histologique. Pas de bacilles à la coupe ; inoculation négative sur le lapin (1), positive sur le cobaye.

OBS. XVII. — Haushalter. — Un cobaye, inoculé avec le produit de râclage de papules, meurt avec des tubercules caséeux dans les parois abdominales et une infiltration tuberculeuse dans la rate, le foie et les poumons. Un second, inoculé de la même manière, meurt avec de l'infiltration tuberculeuse de la rate, du foie, du mésentère et du poulmon.

OBS. XVIII. — Haushalter. — Un cobaye inoculé meurt avec de la tuberculose caséeuse du péritoine et des ganglions mésentériques, avec de l'infiltration tuberculeuse de la rate, du foie et des poumons. Un second présente des lésions tuberculeuses au point d'inoculation, dans le mésentère et la rate.

OBS. XVI. — Pelagatti. — A l'examen histologique, on

(1) On sait que le lapin résiste à l'inoculation faite avec les crachats tuberculeux qui contiennent cependant des bacilles très actifs. (Vallas. *Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau. Thèse*, Lyon, 1888, n° 367.)

trouva des altérations cutanées présentant les caractères des néoplasmes tuberculeux, développées autour des vaisseaux les plus superficiels du derme et renfermant des bacilles tuberculeux en grand nombre.

Nous voyons donc que dans près d'un tiers des cas, on a pu vérifier la nature tuberculeuse des affections qui nous occupent.

Pathogénie.

Jusqu'ici, au point de vue étiologique, clinique et bactériologique, nous croyons n'avoir avancé aucun fait qui ne fût établi par nos observations ; mais maintenant il va en être autrement et nous en sommes réduit à des hypothèses.

En effet, sur ce point, presque tous les auteurs sont muets :

Les uns plaident en faveur de l'origine externe de l'affection, par infection exogène de la peau.

Henri Feulard a observé une famille où deux enfants ayant eu la varicelle furent atteintes en même temps, cinq mois après, la première d'accidents pulmonaires et méningés auxquels elle succomba, la deuxième de gommes scrofulo-tuberculeuses en divers endroits des membres ; leur père, soigné deux fois à Necker pour bacillose, habitait le logis commun lors de la varicelle.

L'auteur pense que les deux enfants ont été contaminées au moment où leur peau, siège de varicelle, présentait de nombreuses portes d'entrée.

Pelagatti se montre également partisan de l'infection par la peau, après un cas de rougeole.

Un auteur allemand, Tôrok, croit à l'origine sanguine ; à propos d'un cas de lupus, il s'exprime ainsi : « Comme les lésions se sont développées dans un temps relativement court et sont extrêmement disséminées, il est à penser qu'elles ont [pris naissance par la voie embolique. »

Laquelle de ces deux opinions devons-nous adopter ? Nous sommes tenté de répondre : ni l'une, ni l'autre.

Pour ce qui est de l'origine cutanée, on voit bien une plaie s'inoculer au contact d'un produit auto ou hétéro-tuberculeux, mais on se représente difficilement 99 ou 140 taches rubéoliques ainsi infectées.

Quant à l'origine embolique, elle suppose l'existence d'un foyer morbide en activité.

Comment donc s'expliquer l'action de la rougeole, action qui nous paraît incontestable pour les raisons que nous avons données à l'étiologie ? Elle ne peut cependant pas créer la tuberculose de toutes pièces et l'on n'ira pas supposer que le bacille de Koch est une transformation du microbe de la rougeole !

Or, le cas habituel est celui-ci : Un enfant de bonne santé apparente, est atteint, très peu de temps après une fièvre éruptive, de tuberculose cutanée atteignant presque immédiatement son maximum de développement, puis s'immobilisant.

Ne peut-on supposer que ces enfants sont porteurs d'une tuberculose latente que l'affection intercurrente va aggraver ? On nous objectera que la plupart de nos

observations ne mentionnent pas de tuberculose pulmonaire au moment où les malades ont été examinés.

A cela nous répondrons :

1° Que les observateurs ont souvent négligé de faire une enquête sérieuse sur les antécédents héréditaires ou personnels, ces cas ne les intéressant pour la plupart qu'au point de vue des symptômes.

2° Que de petites lésions peuvent passer inaperçues ; tous ceux qui ont fait de nombreuses autopsies dans les hôpitaux d'enfants savent combien il est fréquent de rencontrer des altérations des ganglions bronchiques, par exemple, que rien pendant la vie n'avait fait soupçonner.

3° Que cinq de nos observations mentionnent des antécédents héréditaires de bacillose (Obs. II, V, XV, XXI et XXIII).

4° Enfin un de nos petits malades a eu avant sa rougeole une adénite bacillaire (obs. XII), l'autre une broncho-pneumonie (obs. X) ; deux ont vu se développer rapidement à sa suite les signes d'une adénopathie trachéo-bronchique qui devait exister auparavant. Beaucoup ont des adénopathies cervicales, sous-maxillaires, inguinales.

Si nous admettons cette hypothèse, il nous faut voir comment agit la rougeole. Est-ce en affaiblissant le terrain ? Cette supposition, acceptable pour une tuberculose tardive, l'est moins ici, étant donnée la rapidité de l'évolution.

Il nous paraît plus vraisemblable que le ou les microbes inconnus de la rougeole favorisent le dévelop-

pement de bacilles existant préalablement dans un point de l'organisme, dans les ganglions bronchiques si l'on veut, l'infection morbillieuse donnant ainsi un coup de fouet à la tuberculose latente.

Il y aurait ainsi une *association microbiennè* comme on en voit dans toutes les affections spécifiques (diphtérie, fièvre typhoïde, tuberculose pulmonaire).

Dans certains cas, les plus rares, la tuberculose peut continuer à évoluer; deux de nos observations (n^{os} II et XVI) signalent l'apparition d'infection viscérale.

Mais presque toujours, cette bacillose latente, exagérée momentanément par la fièvre éruptive, va retomber dans sa torpeur primitive quand la cause occasionnelle aura disparu, comme si, privée de cet appoint, elle ne pouvait continuer à faire à elle seule les frais de son évolution,

Cette hypothèse, si elle était vraie, aurait le mérite d'expliquer pourquoi les lésions sont stationnaires et pourquoi nous voyons même dans certains cas l'affection rétrocéder.

CONCLUSIONS

I. Il existe des tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives, principalement à la rougeole ; il y a un rapport de cause à effet entre celles-ci et de développement de l'éruption cutanée qui offre le plus souvent l'aspect de nodules de lupus plan.

II. Ces tuberculoses présentent des caractères spéciaux qui sont :

1° La rapidité avec laquelle se fait l'éruption qui atteint en très peu de temps son maximum de développement.

2° La dissémination des éléments cutanés.

3° Leur immobilité, les lésions n'ayant pas de tendance à s'ulcérer et à s'accroître, et étant même susceptibles de guérison spontanée, ce qui rend le pronostic relativement moins grave que dans le lupus vulgaire.

III. Il est permis de supposer que l'infection morbilieuse donne, par le mécanisme des associations microbiennes, un coup de fouet à une tuberculose latente.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

BESNIER. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1889.

Lupus tuberculeux aigu, nodulaire, disséminé.

E. BESNIER. — Voici une fille de quatre ans, de bonne apparence, et en état de nutrition satisfaisant, née de parents non syphilitiques, moins sûrement indemnes de tuberculose, qui présente, disséminés sur tout le corps, des éléments néoplasiques infiltrant le derme sous forme de nodules peu saillants à la surface, d'une dureté très peu accentuée, d'une coloration difficile à traduire par des mots, mais qui présente un aspect jaune rougeâtre, un peu cuivré, avec une transparence colloïde spéciale que je considère comme caractéristique.

Cette éruption, qui date actuellement d'une année, est survenue, l'enfant ayant trois ans, à la suite d'une *rougeole*, et c'est deux mois après cette maladie, environ, que la première constatation a été faite par les parents, en même temps sur le visage et sur différents points du corps, sous la forme depuis relevée à l'apparition de chaque foyer, c'est-à-dire sous la forme de très petits grains jaune rougeâtre du volume d'une petite tête d'épingle. Il existe sur la totalité du corps une quarantaine d'éléments, un peu partout, sans symétrie ; les plus volumineux sont à la face, quelques-uns arrondis, d'autres irréguliers à

bords toujours nets, aprurigineux, indolents, mais sensibles à la pression ; l'épiderme est lisse, non desquamant sensiblement ; sur quelques points, à la face en particulier sur l'élément le plus volumineux qui occupe la région zygomatique, on constate nettement une perte épithéliale analogue à celles que l'on rencontre presque toujours dans le lupus tuberculeux et dont la valeur diagnostique est très réelle.

Inutile de dire que mon collègue et ami M. Merklen qui a vu la malade le premier, et moi, bien que nous pensions que le diagnostic du lupus de Willan n'est pas douteux, nous avons institué, par acquit de conscience, un traitement antisypilitique rigoureux sans aucun bénéfice pour la petite patiente.

Sur cette petite malade nous avons exercé, pour la biopsie, un élément de la région dorsale et l'examen en a été confié à M. le docteur Jacquet qui en a fait l'inoculation expérimentale au cobaye. Voici sommairement le résultat de cet examen et de ces recherches :

Les coupes ont été pratiquées en série après durcissement à l'alcool ; elles ont été colorées au carmin aluné ou au picro-carmin.

La lésion consiste essentiellement en énormes amas de cellules embryonnaires dans les couches les plus superficielles du derme ; ces amas, arrondis ou allongés, sont juxtaposés et séparés par des travées conjonctives ; leur partie supérieure se confond avec les couches épidermiques ; à ce niveau, les papilles ont à peu près complètement disparu tandis que sur les limites de la lésion, elles sont augmentées de longueur et de direction oblique. Indépendamment des amas embryonnaires principaux, il existe entre eux, dans les papilles autour des vaisseaux et des glandes une infiltration des mêmes cellules, à l'état diffus.

Ces derniers éléments se colorent également bien par le picro-carmin et le carmin aluné. Dans les amas, au contraire, ils se colorent sous l'influence du picro-carmin en jaune brunâtre ou jaune orangé ; par places, les contours sont indistincts et leur aspect est comme vitreux. Par le carmin à l'alun, au lieu

d'une teinte rouge vineux, ils restent gris violacé ou gris sale, Nulle part on ne voit de cellules géantes. Une dizaine de coupes ont été traitées par la solution d'Ehrlich ou celle de Ziehl ; elles ne contiennent pas de bacilles.

En raison de l'absence complète de cellules géantes et de bacilles, le diagnostic aurait pu rester hésitant si l'expérimentation n'avait fourni des résultats positifs. Le 15 octobre 1888, on inocule à un cobaye vigoureux, du poids de 430 grammes, un petit fragment néoplasique fraîchement excisé. L'opération a été faite avec les précautions antiseptiques de rigueur : l'animal a été placé, avec plusieurs autres cobayes témoins, dans une cage parfaitement saine. En deux ou trois jours, il ne resta plus trace de la plaie opératoire.

Le 15 novembre, on constata, au point d'inoculation, un tubercule gros comme un pois, assez dur, enchâssé dans le derme.

Le 20 novembre, ce tubercule a augmenté de volume et s'est ramolli.

Le 25 novembre, il s'ouvre et donne issue à du pus caséeux ; le même jour, on sent dans l'aîne gauche (l'inoculation avait été faite sous la peau) un très petit ganglion roulant sous le doigt.

Le 16 décembre. — On sent maintenant deux ganglions inguinaux, l'un gros comme une noisette, l'autre accolé à celui-ci, gros comme un pois ; l'abcès ne s'est pas cicatrisé ; à sa place, il reste une ulcération à base légèrement indurée, à surface grisâtre, suintante. Le cobaye est très vigoureux, il pèse 510 grammes.

Le 27 décembre, les ganglions ont pris un développement considérable ; le premier est gros comme une petite noix, le deuxième comme une petite noisette ; on les enlève.

Le plus gros est réduit à l'état de coque très mince remplie de pus caséeux ; l'autre est creusé de petites cavités à contenance caséuse : le reste de son parenchyme est parsemé de granulations jaunâtres. Dans le pus de ce ganglion, examiné

après coloration par la méthode d'Ehrlich, existent des bacilles en petit nombre : l'ulcération cutanée s'est agrandie, elle est large comme une pièce de vingt centimètres.

Le 7 janvier, le cobaye, qui avait très bien supporté l'ablation de ces deux ganglions, est sacrifié. Il est porteur d'altérations tuberculeuses des ganglions et des viscères. Les ganglions les plus atteints sont ceux de la région lombo-iliaque, ceux du mésentère et ceux du médiastin. Dans presque tous, on trouve des granulations jaunes ou des noyaux caséux.

La rate est parsemée de granulations caséuses, le foie en renferme cinq ou six groupes. Le poumon est très peu atteint ; on y trouve seulement quatre ou cinq tubercules gris, durs et transparents ; un deuxième cobaye est inoculé avec l'un de ces tubercules.

En résumé, l'expérimentation permet de conclure ici à la nature tuberculeuse de cette forme atypique de lupus.

M. LAILLIER hésite à croire qu'il s'agisse de lupus, il n'a jamais vu, pour sa part, de lupus aussi généralisé.

M. HALLOPEAU. — J'ai dans mon service un malade atteint d'un lupus ancien ; or ce malade a eu l'été dernier une éruption que son évolution a démontré être de nature lupique, constituée au début par de petits groupes de papules rouges dont un certain nombre étaient surmontées de vésicules ; elle aurait pu d'abord en imposer pour une variété de dermatite herpétiforme ; mais bientôt on a vu le groupe s'étendre excentriquement, la plupart des papules disparaître en laissant des cicatrices et un très grand nombre persister en constituant des plaques dont la nature lupique n'est pas douteuse. Il ressort de ce fait que l'éruption lupique peut présenter, lorsqu'elle se manifeste ainsi par poussées aiguës, des caractères tout particuliers.

M. BESNIER. — Le lupus disséminé n'est pas rare ; ce qui est rare seulement, c'est de le trouver sous forme éruptive, et aussi multiplié que chez cette enfant.

J'en puis relater au moins trois observations : l'une sur une dame russe ; les éléments lupiques étaient de volume bien plus

considérable que chez cette enfant ; une autre chez une belle jeune fille chez laquelle les éléments semblaient s'améliorer sous l'action des moyens de traitement, quand il survint une pleurésie et une méningite tuberculeuse auxquelles la malade succomba.

M. FOURNIER. — A coup sûr, si c'est du lupus, et je le crois, je demande qu'on lui donne le nom de « lupus lenticulaire disséminé syphiloïde », car, neuf fois sur dix, une semblable éruption serait prise pour de la syphilis ; il y a là un éparpillement des lésions tout à fait remarquable.

Appendice. — Dans la séance suivante, M. Hallopeau montre le malade qui a été comme atteint de lupus généralisé. M. Unna lui a dit avoir vu à Lille, dans le service de M. Leloir, un malade sur lequel existaient 150 plaques lupiques.

OBSERVATION II

COMBY. — (*Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1889, p. 156.)

(*Tubercules cutanés multiples avec gommes scrofulo-tuberculeuses chez un garçon de 6 ans 1/2*).

M. J. COMBY. — Un petit garçon de 6 ans 1/2, pâle et de faible complexion, m'est présenté par sa grand'mère le 18 mars 1889, au dispensaire de la Société philanthropique ; le père et la mère seraient bien portants, ainsi qu'une sœur aînée de 8 ans 1/2, mais une autre sœur serait morte à 22 mois de méningite tuberculeuse.

Tels sont les antécédents héréditaires et collatéraux de cet enfant. Dans ses antécédents personnels, nous trouvons une *rougeole*, il y a deux ans, à la suite de laquelle se sont montrées les lésions que je vais décrire.

On voit, sur la face dorsale du pouce gauche et de la phalangine du médius du même côté, sur la face dorsale de la cin-

quième articulation métacarpo-phalangienne droite, ainsi que sur la face palmaire du poignet droit, des productions morbides ayant toutes les mêmes caractères. Elles reposent sur une base violacée, livide ; elles sont dures, papillomateuses, présentant des sillons qui représentent en grand les sillons papillaires de la peau. En un mot, elles rappellent, par leurs caractères objectifs, la variété de tuberculose cutanée décrite sous le nom de tuberculose anatomique. Ce qui confirme encore la nature tuberculeuse de ces tumeurs, c'est la présence simultanée, sur l'avant bras droit, d'une petite tumeur pisiforme, adhérente à la peau, dure actuellement, mais qui ne tardera pas à se ramollir ; cette tumeur est une gomme scrofulo-tuberculeuse. Donc il existe chez cet enfant, à la fois une gomme tuberculeuse et quatre tuberculoses cutanées de la main.

J'ai recherché chez lui, mais en vain, la porte d'entrée de la tuberculose ; il est pâle, il tousse un peu, mais l'auscultation de la poitrine est négative. La grand'mère me signale des transpirations nocturnes abondantes occupant surtout la tête. Toutes ces particularités font craindre une propagation viscérale de la tuberculose cutanée.

Je crois cependant qu'il y aurait intérêt à détruire ces foyers tuberculeux qu'on a respectés trop longtemps, en même temps qu'on donnerait à l'enfant des reconstituants et surtout de l'huile de foie de morue.

M. FOURNIER. — Je me rallie entièrement à l'opinion de M. Comby ; c'est un cas intéressant de tuberculose cutanée ; à première vue, on croirait simplement avoir affaire à des verrues enflammées ; mais évidemment il s'agit d'une forme papillomateuse de tuberculose cutanée ; le raclage serait, à mon avis, le meilleur procédé thérapeutique.

M. VIDAL. — Le diagnostic de tuberculose cutanée est celui auquel amène l'étude attentive de ces lésions que l'on aurait tendance à considérer tout d'abord comme de simples verrues.

C'est à des lésions de ce genre que j'avais donné autrefois le nom de *lupus scléreux*. Elles ont été décrites par Riehl sous le nom de *tuberculose verruqueuse*. La gomme tuberculeuse de l'avant-bras indique nettement quelle est la nature de l'affection : elle en est comme la signature.

Je proposerais, comme traitement, le râclage et les cautérisations.

OBSERVATION III.

BEAUSOLEIL (Société d'anatomie et de physiologie normale et pathologique de Bordeaux, 4 avril 1892. Résumée dans les *Annales de dermatologie*).

Lupus du larynx : dégénérescence épithéliale.

Observation d'une jeune fille de 15 ans qui, à l'âge de 9 ans, à la suite d'une *rougeole*, fut prise d'enrouement persistant depuis cette époque. En 1887 M. Moure constata sur la partie médiane de l'épiglotte une ulcération d'un centimètre environ, pénétrant jusqu'au cartilage avec tuméfaction des replis ary-téno-épiglottiques. Etat papillaire verruqueux très apparent à la région inter-aryténoïdienne et tuméfaction de la bande ventriculaire gauche. Le traitement antisiphilitique ne donna aucun résultat satisfaisant ; des cautérisations ignées produisirent une amélioration notable.

Il y a quelque temps, sans cause appréciable, augmentation notable de la tuméfaction de la partie gauche du larynx ; ulcération oblongue jusque derrière le pilier postérieur du voile du palais.

Un bourgeon, enlevé sur la partie gauche de l'espace inter-aryténoïdien, présente les caractères de la dégénérescence épithéliale.

OBSERVATIONS IV ET V

PHILIPPSON. — Zwei Falle von Lupus vulgaris disseminatus an Anschluss von acute Exantheme. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1892, p. 358.)

Résumées ainsi par Doyon dans les *Annales de dermatologie*:

1° Jeune fille de 11 ans, d'une famille saine, notamment jamais de phtisie, eut à l'âge de sept ans la *scarlatine*; après la guérison de cet exanthème survinrent, au dire des parents, au bout d'un temps relativement court, des papules rouges disséminées sur tout le corps; l'éruption fut traitée pendant des mois avec des remèdes doux, et ce n'est que plus tard qu'on reconnut qu'il s'agissait d'un lupus: l'examen histologique confirma le diagnostic.

2° Le deuxième cas concernait une jeune fille de 12 ans qui, à trois ans, eut également la *scarlatine* à laquelle s'ajouta très rapidement la maladie actuelle. Les parents n'ont jamais eu aucune affection de ce genre; la mère est morte de phtisie pulmonaire. Les nodosités lupiques sont, comme chez la première malade, disséminées sur tout le corps.

Ces deux cas se distinguent par le nombre extrêmement considérable des papules et par l'extension relativement rapide sur tout le corps; la multiplicité des foyers n'est pas rare dans le lupus, mais dans ces deux cas, elle a été réellement exceptionnelle. Dans le premier cas on comptait environ 140 papules disséminées, dont 70 sur le membre inférieur, 40 sur le membre supérieur; les autres étaient réparties sur la tête et le tronc.

Dans le second cas, le nombre des foyers était de 27.

OBSERVATION VI

DOUTRELFONT. — Beitrag zur Hauttuberculose. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1894, t. xxix, p. 211.)

Petite fille de 6 ans, bien portante jusqu'à il y a deux ans ; à cette époque elle eut la *rougeole* ; l'éruption aurait envahi tout le corps et c'est pendant cette période que la maladie actuelle se serait développée. La peau de la lèvre supérieure est transformée en une tumeur qui pénètre dans les fosses nasales dont l'orifice extérieur est par suite presque complètement obstrué ; la muqueuse de la lèvre est indemne, de même que celle du nez. Il existe des tumeurs analogues sur le menton, la nuque, le tronc et les membres ; leur diamètre varie d'une pièce de cinq pfennige à une pièce de trois marks. Il y a en tout 29 tumeurs de forme en général arrondie, nettement limitée ; les plus petites sont formées par une infiltration uniforme, circonscrite, lisse ; elles sont proéminentes tandis que les grosses font une saillie au-dessus de la peau avoisinante ; elles paraissent ridées et sont recouvertes de croûtes ou de squames. Toutes ces tumeurs ont une surface lisse : seules, celles siégeant sur les mains présentent, après enlèvement des croûtes et des squames, une structure papillaire mal caractérisée. Nulle part il n'y a d'ulcérations, de cicatrices, ou de traces de papules à la surface des tumeurs ou dans le voisinage.

Ces tumeurs sont mobiles, les ganglions lymphatiques sont presque partout peu engorgés et légèrement sensibles à la pression. Toux, mais sans expectoration ; la percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal.

Pas d'antécédents héréditaires de tuberculose.

Les injections de tuberculine, par la réaction locale qu'elles produisent, permettent de reconnaître la nature du processus.

L'examen histologique et l'inoculation de fragments de tumeurs dans la chambre antérieure de l'œil de deux lapins confirment le diagnostic.

OBSERVATION VII

Du CASTEL. — Tuberculose cutanée disséminée consécutive à la rougeole (*Annales de Dermatologie*, séance du 18 avril 1895).

Henri M..., 5 ans, est atteint depuis l'âge de 18 mois de prurigo diathésique à exacerbations estivales ; sa santé générale est excellente.

Sa mère a fait avant sa naissance une fausse couche, mais il ne paraît pas y avoir eu de syphilis dans la famille. Il y a deux ans, le malade a été atteint de *rougeole* ; au moment où l'éruption de cette pyrexie a disparu, l'éruption actuelle s'est montrée ; s'il faut s'en rapporter au dire de la mère qui observe très minutieusement son enfant, elle aurait eu, au début et en très peu de temps, l'importance et l'étendue qu'elle présente maintenant ; son aspect ne se serait pas sensiblement modifié depuis lors, ou, tout au plus, elle aurait subi une légère amélioration.

Actuellement, il existe sur la joue gauche trois nodules de lupus plan distincts : sur la joue droite un nodule analogue ; tous ont un diamètre d'un centimètre environ ; la tendance ulcéreuse et atrophique est peu accusée.

Sur le poignet droit, sur la face externe du pouce du même côté, il y a cinq ou six noyaux analogues recouverts d'une croûte psoriasiforme assez épaisse.

Au niveau de la partie interne des fesses, les foyers sont nombreux et plus étendus : ils sont lisses, rouge vif, sans tendance ulcéreuse, l'épaississement du derme est peu considérable ; sur la fesse droite, il existe un grand placard en croissant recouvert d'une croûte un peu épaisse, sèche, blanche. Pas plus qu'à la face, il n'y a ici de tendance cicatricielle marquée.

Sur les membres inférieurs et les pieds, une vingtaine de nodules sont disséminés, légèrement surélevés, recouverts

d'une croûte mince, sans tendance ulcéreuse, d'un centimètre environ de diamètre.

Sur toute la surface du corps, un certain nombre de papules de prurigo sont disséminées.

Aucune lésion ganglionnaire ou viscérale.

Ainsi, après une rougeole, éruption tuberculeuse disséminée, apparition brusque, puis fixité affirmée par le dire de la mère, par l'absence d'ulcérations et de lésions superficielles.

OBSERVATIONS VIII et IX

Du CASTEL. — Tuberculose de la peau consécutive à la rougeole. (*Annales de Dermatologie*, 1898.)

M. Du Castel, après avoir rappelé l'observation précédente concernant le petit Henri M... qu'il n'a pas revu, continue en ces termes :

1^o Cette observation était restée dans mon esprit, et j'attendais un nouveau fait pouvant me confirmer la corrélation de pareilles tuberculoses avec la rougeole, quand au mois de mars dernier, une fillette d'une dizaine d'années, bien constituée, bien portante, se présentait à ma consultation externe d'hôpital pour être traitée d'une éruption qui remontait à plusieurs années.

Sur la surface du corps, sont disséminés des groupes de tubercules ; chaque groupe est composé de deux à six tubercules volumineux, couleur sucre d'orge ou rouge foncé, insérés dans la profondeur du derme, formant des placards légèrement saillants. Ces groupements sont disséminés irrégulièrement, sur la face, le tronc, les membres, le dos du pied : on n'en compte pas moins d'une cinquantaine. Chacun de ces placards paraît exister depuis plusieurs années sans tendance à l'aggravation ni à la résorption, aucun n'est ulcéré. S'il faut en croire la malade, quelques placards auraient guéri spontanément.

En voyant cette tuberculose aux foyers si nombreux, disséminés sur toute la surface du corps, immobilisés dans leur développement, je ne pus m'empêcher de faire dans mon esprit un rapprochement entre cette enfant et le petit malade précédent. Je demandai si l'éruption en présence de laquelle nous nous trouvions avait été précédée d'une rougeole : ni l'enfant, ni la personne qui l'accompagnait et qui n'était qu'une tante, ne purent me renseigner à cet égard. L'enfant avait été amenée de province à Paris pour consulter et ma question resta sans réponse. Je priai la tante d'écrire aux parents pour avoir les renseignements désirés, et, huit jours après, cette femme revenait me trouver : les parents avaient répondu que c'était à la suite d'une *rougeole* que l'éruption actuelle s'était montrée. Mon interne, M. Salmon, pratiqua en deux séances le raclage des points malades et l'enfant reprit à rejoindre sa famille.

L'examen histologique ne donna aucun résultat net ; les fragments étaient trop minces et trop dissociés.

(Ici M. Du Castel cite deux faits de Haushalter ayant une analogie avec les siens : on les trouvera plus loin).

2° Comme je venais d'écrire ces quelques lignes, se présente à ma consultation d'hôpital un garçon de trois ans et demi, assez fortement développé, d'un embonpoint marqué. Il est atteint d'une éruption généralisée, occupant la face, les membres, le tronc, les fesses, les doigts des mains et les orteils. Cette éruption est constituée par des groupes de tubercules réunis en petit nombre, deux ou trois généralement situés dans l'épaisseur du derme ; au genou, on remarque un groupe de tubercules réunis en demi-cercle.

La mère raconte que son fils a été atteint, il y a 14 mois, de *rougeole* : au moment de celle-ci, l'enfant a eu une forte bronchite et une congestion pulmonaire ; depuis lors, il est resté toussueur, la toux est quinteuse, mais non coqueluchoïde ; les signes d'auscultation et de percussion ne montrent pas d'adénopathie trachéo-bronchique manifeste, mais la région sternale,

bombée transversalement, un certain degré de submatité au niveau de la poignée du sternum et de la région des grosses bronches, en rendent l'existence très probable.

Au coude, on observe une ulcération à bords décollés laissant suinter une sérosité jaunâtre caractéristique de l'ouverture d'un abcès froid ; au pied gauche un abcès froid sous-cutané douloureux.

OBSERVATIONS X et XI

DU CASTEL. — (*Annales de Dermatologie*, séance du 23 avril 1900).

Tuberculose cutanée consécutive à la rougeole.

1^o La malade que j'ai l'honneur de vous présenter paraît à première vue ne présenter aucun intérêt particulier.

C'est une fillette âgée de 6 ans et demi, de complexion plutôt délicate : elle porte sur chaque joue deux plaques de lupus plan non ulcéré typique ; la plaque la plus étendue, située sur la joue gauche a environ les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. La tuberculose cutanée n'est pas limitée au visage : sur le bord externe du pied gauche, il existe un placard composé d'une demi-douzaine de tubercules du volume d'un grain de chènevis, incrustés dans le derme, avec la couleur sucre d'orge, sans tendance à l'ulcération.

Sur les membres supérieurs, on rencontre aussi quelques tubercules isolés et quelques placards composés de tubercules agglomérés.

L'intérêt que cette malade présente réside dans les événements qui ont précédé l'apparition de la tuberculose cutanée ; c'est environ un mois après que l'enfant avait été atteinte d'une *rougeole* intense, compliquée de broncho-pneumonie, que les lésions cutanées ont fait explosion, il y a de cela deux ans. La tuberculose s'est montrée en même temps sur les différents points du corps qu'elle occupe actuellement et les lésions ont

acquis rapidement l'importance qu'on leur trouve aujourd'hui. Depuis lors, elles n'ont pas changé d'aspect : elles n'ont ni augmenté, ni diminué de volume malgré les traitements pratiqués (pommade soufrée, pommade à l'oxyde de zinc, etc...) ; les nodules cependant auraient été plus nombreux et quelques-uns auraient guéri : la mère de l'enfant est nettement affirmative sur ce point.

Il n'existe pas de tuberculeux dans la famille de l'enfant ; celle-ci ayant eu une broncho-pneumonie au mois de décembre 1889, l'examen des crachats n'a pas révélé la présence de bacilles. L'examen actuel des poumons ne donne pas de signes de tuberculose ; il n'existe pas d'adénopathies extérieures.

2° Il y a un mois, une jeune fille de 18 ans se présentait à ma consultation ; elle portait à la joue droite un placard de lupus plan, de la dimension d'une pièce de un franc, existant depuis 12 ans et immobile depuis cette époque. La malade nous racontait spontanément que cette plaque lupique était survenue à la suite de la *rougeole*, dans les semaines qui avaient suivi l'éruption ; elle avait acquis très rapidement l'importance qu'elle présente actuellement et n'avait plus bougé depuis lors. En même temps que cette plaque, il s'en était produit une sur l'avant-bras droit ; celle-ci avait guéri spontanément ; au niveau indiqué par la malade comme siège de cette dernière, on voit une plaque cicatricielle de la dimension d'une pièce de un franc. Cette cicatrice est ponctuée ; il semble que chaque point cicatriciel corresponde à un tubercule guéri.

L'état général de la malade est bon ; il ne semble pas y avoir d'antécédents tuberculeux dans la famille.

OBSERVATION XII

(Communiquée par M. Fouquet, interne du service.)

Tuberculose cutanée à lésions multiples.

Emile B..., âgé de cinq ans, entré, le 16 avril 1901, dans le

service de M. Hallopeau ; il a été présenté à la Société de Dermatologie par M. Du Castel.

Les parents sont bien portants ; il n'y a aucun antécédent héréditaire à noter.

Lui-même est né à terme. Il a été nourri au sein ; dans le bas âge, il aurait eu une adénite tuberculeuse ; à huit mois, il a eu un abcès de la fesse qui a été incisé. Il y a deux ans, à l'âge de trois ans, il a eu la *rougeole*. Il a guéri rapidement et n'a pas eu de complications.

Il n'a jamais toussé.

Depuis deux ans, sont apparues successivement des plaques de tuberculose cutanée.

Il en existe au niveau de la joue gauche où l'on voit quatre petits tubercules très voisins les uns des autres. Ils sont recouverts d'une mince croûte jaunâtre plane ; la peau environnante est souple.

Il existe en outre un petit tubercule au lobule de l'oreille gauche, au menton, sur le dos, au nez ; enfin, sur la joue droite, on voit deux petits éléments, l'un à la hauteur de la commissure droite de la bouche, l'autre à la hauteur de l'œil ; un troisième siège sur la conque de l'oreille droite.

Chacun de ces éléments est recouvert d'une croûte jaunâtre, et est entouré d'une zone de peau rouge.

La palpation du cou fait sentir un léger engorgement ganglionnaire sous-maxillaire gauche.

Sur le tronc, on ne voit aucun tubercule, mais un piqueté fin, composé d'éléments rosés de la grosseur d'une tête d'épingle et faisant saillie sur la peau. Eruption de lichen scrofulosorum.

Sur les membres supérieurs, on voit à droite un élément à la face postérieure du bras, petit bouton acuminé entouré d'une auréole rosée. A l'avant-bras, on trouve deux éléments semblables.

A la main, rien à la paume.

Sur la face dorsale, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, existe un tubercule de 1 cm. de dia-

mètre environ. Il est recouvert d'une croûte épaisse brunâtre, kératinisée, fendillée. Autour une auréole de peau plus rosée.

Sur le bord radial de l'annulaire se trouvent deux petits éléments dont la croûte a été enlevée, la peau est épaissie à ce niveau.

Sur le membre supérieur gauche, au bras et à l'avant-bras, 4 ou 5 éléments petits, semblables à ceux du bras droit.

A la main, la paume ne présente rien.

A la face dorsale, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne des quatrième et cinquième doigts, on voit un tubercule de 1 cm. de large sur 3 cm. de long, recouvert d'une épaisse croûte kératinisée fendillée.

On voit deux éléments de même aspect au niveau des articulations des première et deuxième phalanges du troisième et du cinquième doigt.

Il n'y a pas d'adénopathie axillaire sensible.

Au membre inférieur :

A droite sur la face antérieure, on ne voit rien. Rien à la cuisse ; au niveau du genou, on trouve un petit tubercule, un autre à la face interne de la jambe.

Enfin aux pieds, au-dessous de la malléole externe, large placard de 3 cm. de long sur 2 cm. de large. A la face interne, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, tubercule arrondi de 1 cm. de diamètre.

Ces deux placards sont recouverts d'une croûte jaunâtre fendillée.

On trouve à la plante du pied deux tubercules à gauche ; à la face antérieure du genou un tubercule, placard de 2 cm. de diamètre, avec épaississement de la peau qui est d'un rouge foncé, et une croûte jaunâtre. Au pied, le gros orteil est très augmenté de volume ; la peau épaissie, en partie kératinisée présente à la base de l'orteil une ulcération allongée de 1 cm. sur 5 mm., le fond en est rouge brillant.

L'ongle est marqué de stries transversales ; au niveau du petit orteil, même placard kératinisé sans ulcération.

Si l'on fait retourner le petit malade pour avoir la face postérieure des membres inférieurs, on voit, au niveau des fesses :

A droite, 4 placards dont un dans le sillon interfessier : ils sont saillants, la peau y est épaissie, plus foncée, et recouverte en partie d'une croûte.

Sur la fesse gauche, il y a trois placards de même aspect.

Au niveau du mollet gauche, on trouve, un peu au-dessous du jarret, trois éléments de même nature sans croûtes.

Légère adénopathie inguinale.

L'état général est bon, l'enfant est gros et joufflu.

L'examen des poumons ne montre rien de pathologique, le cœur est normal, le ventre est gros et ballonné : il n'y a pas, aux membres, ni au thorax de déformations rachiques.

OBSERVATION XIII

JESSNER. — *Atlas international des maladies rares de la peau*, fascicule 13.

Tuberculose cutanée frambœsiforme disséminée.

Gertrude F..., âgée de 15 ans, fille de fermiers, pas d'antécédents héréditaires spéciaux. Enfant elle a eu la *rougeole*, puis un écoulement d'oreille et a présenté des taches sur la peau.

L'affection actuelle débuta à 9 ans ; un nodule apparut à droite du nez, puis les années suivantes, de nouveaux nodules se développèrent sur la tête, le dos et les extrémités. Les nodules croissaient continuellement, mais avec la plus grande lenteur ; ils n'offraient aucune douleur, non plus que les régions voisines. On n'observa jamais de paresthésies (ex. : prurit). On ne constata ni la diminution ni la disparition des nodules, ni la formation de tumeurs ou de lésions de la surface cutanée, si ce n'est quelques points de desquamation.

L'état général reste bon, quelques nodules du visage ont été cautérisés il y a deux ans ; mais ils ont repoussé en partie.

Etat actuel : la jeune fille est un peu pâle, mais bien développée ; la musculature est puissante, le système adipeux peu fourni.

Le pouls, plein, a une fréquence normale. Rien de particulier dans les viscères, pas d'adénopathies.

On constate à première vue une série de tumeurs nodulaires, sur le visage, le dos et les extrémités. Les nodules, sont d'un brun rougeâtre, plus ou moins saillants au-dessus du plan de la peau saine.

La forme des nodules est à peu près circulaire, leur diamètre oscille entre 2 et 10 millimètres ; la surface des lésions est lisse ou un peu frambœsiforme, l'épiderme n'est pas épaissi, mais se dispose en quelques points en petits lambeaux. Ni sécrétion, ni exsudat ; pas de douleur à la pression.

Les nodules se répartissent ainsi :

Visage et oreille, 30 ; cou, 11 ; bras, 24 ; jambes, 24 ; dos, 10 ; en tout 99.

Diagnostic avec :

Sarcome : pas de tendance destructive, pas de formation de métastases, absence d'altération de l'état général.

Syphilis : absence de toute tendance à rétrocession ou destruction ; consistance molle du tissu ; absence de tout signe de syphilis héréditaire ou acquise.

Examen histologique : granulome ; pas de bacilles ; l'inoculation, négative sur le lapin, est positive sur le cobaye.

Les nodules sont traités par l'excision et la cautérisation ; au bout d'un an, une petite partie des nodules enlevés récidivent ; deux nouveaux nodules sont seuls à signaler.

OBSERVATIONS XIV et XV

HENRI FEULARD. — (*Annales de Dermatologie*, 1896).

1^o *Scrofulo-tuberculose cutanée à manifestations multiples.*

Ce petit malade s'est présenté hier pour la première fois à la

Polyclinique dermatologique du service de M. le professeur Grancher, je n'ai pas encore eu le temps d'en faire une étude complète, mais j'ai cru intéressant de vous le montrer de suite, comme type vraiment extraordinaire de scrofulo-tuberculose cutanée.

Il est âgé de 3 ans et demi, né en Indre-et-Loire, et n'est venu à Paris que depuis peu de temps ; un frère aîné, âgé de 14 ans, se porte bien ; il a encore un jeune frère de 6 ans et une sœur de 3 ans, également bien portants, trois autres enfants sont morts, l'un de troubles digestifs, deux de croup dans le même mois.

Le père et la mère sont en bonne santé.

Il a été nourri par sa mère et était bien portant pendant les trois premières années ; à l'âge de trois ans, il a eu la *rougeole*, et c'est dans le courant de la même année, qu'apparurent au cou les premiers abcès. Les lésions envahirent ensuite la face ; puis les autres régions du corps ; aucun traitement sérieux n'est intervenu.

Actuellement, tout autour du cou existent de nombreuses gommes, la plupart ramollies, quelques-unes déjà ouvertes, de multiples cicatrices anciennes, des adénopathies.

La joue gauche tout entière est le siège d'une énorme cicatrice bordée à la partie supérieure de l'œil par une bande de lésions prétuberculo-ulcéro-croûteuses.

Les deux bras sont le siège de lésions nombreuses. A droite, dans le creux de l'aisselle, cicatrices dont quelques-unes sont restées fistuleuses et adhérentes profondément : adénopathies ; sur le bras, au milieu de la face interne et sur la face postérieure, larges cicatrices gaufrées ; à l'avant-bras, à la partie moyenne du bord externe, masse dure de la grosseur d'un petit œuf, adhérente profondément et ouverte à la peau par deux petits orifices fistuleux ; grosse gomme probablement en rapport avec une lésion du radius.

A gauche, cicatrice déprimée dans le creux axillaire, à la région supéro-interne du bras, gommes dermiques ramollies,

sur l'avant-bras, cicatrice déprimée d'un ancien abcès osseux. Sur le milieu du bord externe, gommès dermiques en activité ; le membre inférieur droit est intact.

Le membre inférieur gauche est malade, presque de haut en bas ; à la région supéro-antérieure de la cuisse, près de l'aîne, plusieurs gros foyers gommeux, les uns ramollis, deux déjà ulcérés ; à la face postérieure, au-dessous du pli fessier, grande cicatrice ; le creux poplité est entièrement occupé par une cicatrice : toute la face postérieure de la jambe est occupée par une vaste cicatrice bordée de placards saillants, fongueux et recouverts de croûtes, analogues à ceux de la tuberculose cutanée végétante.

Sur le thorax, aucun élément gommeux, mais, disséminés sur les flancs, surtout à gauche, nombreuses petites papules rappelant celles du lichen scrofulosorum, mais n'ayant pas le groupement régulier que l'on a habituellement dans cette variété ; ce sont très probablement de petites folliculites tuberculeuses dont la présence donne à ce cas un intérêt marquant, car cette variété d'éruption tuberculeuse est assez rare ; il est intéressant de la trouver ici, coexistant avec les formes banales classiques de la scrofulo-tuberculose cutanée.

2° *Scrofulo-tuberculose cutanée consécutive à la varicelle.*

Chez le premier malade que je viens de vous montrer, les lésions cutanées paraissent avoir succédé à la rougeole. Chez cette fillette, elles ont été certainement consécutives à la *varicelle*. Cette fillette de six ans est actuellement guérie des accidents tuberculeux pour lesquels elle me fut amenée il y a cinq mois et qui étaient, en divers endroits des membres, des gommès scrofulo-tuberculeuses typiques, la plupart d'ailleurs peu profondes. L'intérêt du cas me paraît résider dans l'étiologie.

En février 1889, cette fillette et sa sœur, âgée de 11 mois, furent atteintes de varicelle. Les deux enfants guérèrent facile-

ment, mais au mois de juillet suivant, la plus petite fut atteinte d'accidents pulmonaires et méningés auxquels elle succomba ; en même temps apparaissaient sur l'aînée les premiers accidents cutanés.

Le père de ces enfants était tuberculeux, avait de la laryngite et expectorait abondamment. Il a dû, dans le courant de l'année, faire deux séjours à l'hôpital Necker pour ses troubles pulmonaires, mais au moment de la varicelle des enfants il habitait le logis commun.

Je ne doute pas que les deux enfants aient été contaminés à ce moment où leur peau, siège de varicelle, présentait de nombreuses portes d'entrées au bacille. Chez la plus jeune, moins résistante, l'infection a été viscérale et a causé rapidement la mort ; chez la plus grande, elle n'a été jusqu'à présent que cutanée et restera telle, je l'espère. Chose curieuse à noter, c'est au même moment, cinq mois après l'infection probable, que les accidents, aussi bien viscéraux que cutanés, ont éclaté chez les deux fillettes.

OBSERVATION XVI

PELAGATTI. — *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*. 1898, p. 704.

Tuberculose miliaire aiguë disséminée de la peau.

L'enfant Emile R., âgé de deux ans, fils d'ouvriers, demeurant à Parme, était conduit à la clinique dermosyphilopathique dans la matinée du 17 juillet 1897, pour une affection qui s'était développée depuis peu de jours.

Le petit patient était pâle, amaigri, incapable de se tenir debout sans appui, d'un squelette développé d'une façon normale et assez régulière pour son âge, présentant cependant quelques signes de rachitisme, tels que la conformation vicieuse des extrémités articulaires des os longs. La

peau flasque et mince se soulevait facilement, surtout aux membres, en un large pli qui rendait évidente la déchéance de la masse musculaire.

A la partie inférieure et postérieure du tronc et à la partie inférieure des membres, se voyaient les altérations cutanées suivantes :

Papules hémisphériques, grandes à peu près comme un grain de chènevis ou un peu plus, de couleur pâle tendant au jaunâtre, se détachant nettement sur le plan cutané, sans halo hyperhémique, résistantes et sèches à la palpation, mais présentant au centre une surface rugueuse ; quelques-unes disséminées sans tendance à se réunir en groupes ou en série, et n'ayant aucune relation avec les orifices glandulaires ou folliculaires. L'éruption dans son ensemble présente l'aspect d'un érythème papuleux disséminé.

L'enfant avait eu la *rougeole* six semaines avant, sa santé était bonne jusqu'alors et il n'avait jamais présenté de tuberculose cutanée.

Depuis sa rougeole, l'enfant a continué à tousser : il a des troubles digestifs et présente des signes de tuberculose viscérale. Son état général s'aggrava les jours suivants : on constata des adénopathies axillaires et inguinales.

A l'examen histologique des lésions cutanées, on trouva des altérations présentant les caractères des néoplasies tuberculeuses développées autour des vaisseaux les plus superficiels du derme et renfermant des bacilles tuberculeux en grand nombre. En certains points, par suite de l'oblitération des vaisseaux, ceux du voisinage étaient dilatés et par places, on voyait des infarctus hémorragiques.

Dans son mémoire, Pelagatti, après avoir rappelé, entre autres, les observations de Besnier, de Feulard et de Du Castel, plaide en faveur de l'origine exogène de l'infection tuberculeuse qui, pour lui, se serait faite par la peau, au niveau des éléments de l'éruption morbilleuse.

OBSERVATION XVII et XVIII

HAUSHALTER (*Annales de dermatologie*, 1898).

Deux cas de lichen scrofulosorum chez l'enfant. Nature tuberculeuse de l'affection.

1^o C. T., 12 ans.

Père 38 ans, bien portant, mère 31 ans, a toussé de 25 à 30 ans, actuellement bien portante. Deux enfants.

Varicelle à l'âge de 4 ans. *Rougeole* à 11 ans. A toussé pendant plusieurs mois à la suite de la rougeole ; depuis cette rougeole, écoulement de l'oreille gauche ; un mois après cette rougeole, a débuté l'éruption actuelle, qui ne s'est guère modifiée depuis cette époque. Se présente à la Clinique des enfants, le 19 février 1897.

Etat du 19 février 1897 : garçon grand et fortement charpenté, état général bon, aspect lymphatique ; peau des membres rugueuse et râpeuse : cils longs, système pileux développé dans le dos ; aux angles de la mâchoire inférieure, ganglions durs, mobiles ; écoulement d'odeur fétide, et assez abondant, par l'oreille gauche. Respiration normale.

Sur le tronc existent 50 à 60 éléments papuleux variant du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis, un peu aplatis, rosés, généralement recouverts à leur centre d'une croûte cornée ou d'une squame épidermique. Les mêmes éléments existent sur les membres supérieurs du côté de l'extension, au nombre d'une vingtaine à gauche, d'une dizaine à droite. Au niveau de l'apophyse styloïde du radius gauche, se trouve une papule rose, sèche, cornée, large comme une pièce de vingt centimes. Au niveau du coude gauche, une papule de mêmes dimensions, recouverte d'une carapace épidermique.

A la face, on voit une trentaine environ de papules analo-

gues à celles du tronc et des membres. On en voit également quelques-unes très discrètes aux membres inférieurs.

Le 23 février, un cobaye inoculé dans la paroi abdominale avec le produit de râclage de plusieurs nodules, recueilli au bras à l'aide de la curette, meurt le 6 juin, c'est-à-dire au bout de 3 mois 1/2 ; nous trouvons des tubercules caséeux dans la paroi abdominale, une infiltration tuberculeuse de la rate, du foie, des poumons.

Le 5 mars, inoculation à un cobaye du produit de râclage de nouvelles papules ; le cobaye meurt le 15 août, c'est-à-dire au bout de cinq mois avec de l'infiltration tuberculeuse de la rate, du foie, du mésentère, des poumons.

L'enfant est revu le 21 juin 1897 après avoir été soumis à un traitement général antiscrofuleux et un traitement local pour son otite.

Quelques papules se sont affaïssées et sont en voie de disparition ; l'écoulement de l'oreille a tari ; les ganglions sous-maxillaires ont diminué de volume.

2° La petite malade a été présentée à la Société de médecine de Nancy, le 27 mai 1896.

Rose B... entre, le 11 mars 1897, à l'âge de cinq ans, à la Clinique des enfants.

L'affection actuelle a débuté en automne 1895, à la suite de la rougeole.

Etat en mars 1897 : Fillette de constitution assez délicate, blonde, un peu rachitique, inerte ; extrémités habituellement froides et violacées. Ganglions maxillaires durs, développés.

Il existe deux sortes d'éléments éruptifs, constitués les uns par de petites papules, les autres par des nodosités et des tubérosités.

Les petites papules ont des dimensions variant depuis celles d'un grain chènevis jusqu'à celles d'un grain de millet ; elles sont roses, assez aplaties, recouvertes à leur centre par une petite croûtellet et un petit capuchon épidermique ; ces papules

existent au nombre d'une trentaine environ, à la face ; d'une quarantaine sur le tronc ; d'une dizaine environ sur chacun des membres inférieurs et supérieurs, et sont situées surtout du côté de l'extension. A côté des petites papules, on voit de petites cicatrices rosées ou blanches, à peine déprimées, du diamètre d'une grosse tête d'épingle ; ces petites cicatrices sont surtout nombreuses à la face où nous en comptons une dizaine, et sur le tronc où nous en voyons une cinquantaine. On peut saisir toutes les transitions entre les papules saillantes, les papules affaissées, les cicatrices rosées, maculeuses et les petites cicatrices blanches.

En même temps que les petites papules, nous voyons des éléments éruptifs plus volumineux qui sont de deux espèces :

1° Des *nodosités intra-dermiques* et sous-cutanées variant du volume d'une lentille à celui d'un pois au niveau desquelles la peau est violacée, squameuse ; ces nodosités paraissent être de petites gommès ; en en compte une au bras gauche, à sa partie postérieure, deux à l'avant-bras gauche, une autre au bras droit.

2° De *petites tubérosités* saillantes du volume d'un pois, violacées, recouvertes d'une carapace épidermique d'aspect verruqueux ; on ne voit rien à la face interne du poignet droit ; une sur le dos de la main droite : une autre à la face interne de la deuxième phalange de l'index droit, deux autres sur le genou droit. En même temps que ces nodosités et ces tubérosités, on observe des cicatrices blanches arrondies, grandes comme une pièce de vingt et de cinquante centimes, au genou droit et à la jambe gauche.

Un cobaye inoculé, le 13 mars 1896, dans le péritoine avec le produit du raclage de plusieurs petites papules obtenu avec la curette tranchante, meurt le 7 juin, c'est à dire au bout de trois mois avec de la tuberculose caséuse du péritoine et des ganglions mésentériques, de l'infiltration tuberculeuse de la rate, du foie, des poumons.

Un autre cobaye, inoculé sous la peau avec le produit de

raclage des tubérosités du poignet et du doigt de la main droite meurt au bout de six semaines avec des lésions tuberculeuses au point d'inoculation, dans le mésentère et dans la rate.

L'enfant soumis à un traitement général antiscrofuleux est revu de temps en temps pendant deux ans. Les petits éléments éruptifs existant lors du premier examen, s'affaissent petit à petit, sont remplacés progressivement par de petites cicatrices blanches. Les nodosités ou petites gommès disparaissent ou s'ouvrent à l'extérieur.

En décembre 1898, état général bon, même tendance au refroidissement des extrémités, blépharite ciliaire, quelques ganglions à l'angle de la mâchoire ; il n'existe plus sur la face que deux petites papules et six ou huit sur les deux bras. Le tronc n'en présente plus, la face et le tronc sont parsemés de petites cicatrices rondes, rosées ou blanches, du diamètre d'une tête d'épingle ; à la place des petits noyaux intra-dermiques existent des cicatrices blanches ; les tubérosités sont presque totalement affaissées.

OBSERVATION XIX

ТѢРѢК. — (Archiv. fur Dermatologie, t. XL, p. 48).

Lupus vulgaris disseminatus.

La fillette âgée de deux ans et demi, délicate, anémique, avait eu la *rougeole* depuis 12 mois. Peu de temps après naquirent sur la face dorsale de la main gauche et du petit doigt trois petits tubercules auxquels s'ajoutèrent, dans l'espace d'environ trois ou quatre mois, 13 lésions cutanées (Hautlaesionen) qui siégeaient à la joue gauche, au pavillon de l'oreille gauche, au dos de la main droite, à l'extrémité supérieure des deux cuisses et dans la région fessière.

Il y a actuellement 16 lésions cutanées apparentes. Sur la joue gauche, on voit, sur une partie atrophiée de la peau de la

grosseur d'un pois les altérations rouge jaune, transparentes, caractéristiques du lupus. Sur le lobe de l'oreille gauche existent de semblables altérations qui sont recouvertes de squames violacées épidermiques. Les dernières lésions présentèrent des élévations atteignant la dimension d'une lentille au milieu de laquelle se trouvait une croûte grise ; à sa suite on vit apparaître un abcès superficiel.

Aucune des lésions précédemment décrites ne présente de tendance à rétrocéder ; au contraire, on remarque un accroissement lent et pourtant continu de celles-ci.

Comme les lésions se sont développées dans un temps relativement court et sont extrêmement disséminées, il est à penser qu'elles ont pris naissance par la voie embolique.

OBSERVATION XX

COLCOTT FOX. (*Dermatological Society of London*,
8 juin 1898.)

Tuberculose miliaire exanthématique.

C. Fox présente un enfant, actuellement âgé de 21 mois, qui a eu la *rougeole* il y a neuf mois ; aussitôt après, il a eu la *varicelle* et dans le cours de cette dernière est survenue l'éruption actuelle qui dure depuis huit mois.

Elle est constituée par de petits nodules brun rouge acnéiformes centrés par un poil ressemblant à l'acné des scrofuleux ou à des syphilides ; on en trouve trois sur la face, six à douze sur chaque membre ; sur les mains, quelques éléments sont plus gros : ils atteignent le volume d'un pois et ont augmenté depuis quelque temps. On ne voit pas de cicatrices. L'état général, sauf quelques sueurs nocturnes et sans symptômes manifestes de rachitisme.

Les lésions diffèrent de l'acné des scrofuleux par l'absence de pustules et le traitement mercuriel prolongé pendant 15 jours est resté sans effet.

Fox croit qu'il s'agit de tuberculose miliaire exanthématique.

OBSERVATION XXI

COLCOTT FOX. (*Dermatological Society of London*,
13 juillet 1898.)

Lupus tuberculeux disséminé.

L'auteur présente une fillette de 2 ans et 8 mois avec lupus tuberculeux formant des plaques arrondies psoriasiformes disséminées avec une certaine symétrie sur les genoux, les fesses, les coudes et les mains. Il n'y a pas de cicatrices et ces lésions ont une extrême ressemblance avec du psoriasis dont elles diffèrent par une infiltration et une saillie plus marquée, avec moins de desquamation.

L'enfant a eu, à trois mois, une *rougeole* suivie de coqueluche. L'éruption est apparue il y a un an en commençant par la main gauche.

La mère est un peu délicate, mais il n'y a pas d'antécédents de tuberculose, si ce n'est chez la grand'mère maternelle.

OBSERVATION XXII

ADAMSON. (*British Journal of Dermatology*, janvier 99,
page 20.)

Case of multiple cutaneous lupus following measles.

Enfant âgé de trois ans, éruption ayant apparu durant une attaque de *rougeole*. Les lésions se développèrent simultanément, et, suivant la mère, aucune autre lésion n'est apparue récemment.

Enfant bien nourri et de bonne santé générale, pas d'antécédents familiaux de tuberculose, aucun symptôme subjectif.

Les lésions consistaient en plaques saillantes d'un brun pourpré variant de 1/10^e à 1/4 de pouce de diamètre, à contours bien limités et à bords presque perpendiculaires; beaucoup

étaient écailleuses ; celles qui siégeaient sur les mains étaient très verruqueuses.

Elles étaient situées en plus grande abondance sur le coude droit, la main et le poignet droit, les deux genoux, la cheville et le pied droit.

Un an et demi après, l'enfant fut revu ; l'éruption avait presque complètement disparu ; il restait quelques papules en voie d'effacement.

Il n'existait pas de cicatrices, mais le siège des lésions primitives était marqué par une pigmentation.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

Lupus consécutif à la rougeole, guérison spontanée d'une plaque lupique.

Cécile S..., 4 ans, a été vue par M. Du Castel, qui nous a engagé à citer ce cas.

Fillette bien développée, de bonne apparence ; elle a eu en août 1898 une *rougeole* qui a évolué sans complications ; au mois d'octobre, c'est-à-dire deux mois après, apparurent à peu près en même temps : sur la joue droite, en avant du lobule de l'oreille, un placard rouge jaunâtre, régulièrement elliptique, à grand axe vertical de 1 centimètre sur 2 centimètres, sur lequel on voyait une dizaine de nodules rouge violet, de la grosseur d'une tête d'épingle ; sur la joue droite, également, au milieu d'une ligne allant de l'angle externe de l'œil à l'extrémité inférieure de l'oreille du même côté, un nodule isolé, circulaire, régulier, de 4 à 5 millimètres de diamètre, enfin à un demi centimètre au-dessus de la moitié externe du sourcil droit, une plaque parallèle à lui, de 7 à 12 millimètres de hauteur sur 3 centim. 1/2 de large ayant la forme d'un ovale très allongé à grosse extrémité interne.

Nous voyons la petite malade deux ans plus tard ; la lésion de l'oreille s'est légèrement étendue en bas vers l'angle de la

mâchoire, de 1 centimètre environ. Le bord net est légèrement surélevé ; le petit nodule est resté stationnaire, sans que ni l'un ni l'autre se soient ulcérés. Quant au placard qui siégeait au-dessus de l'œil, il a disparu spontanément, laissant à sa place une cicatrice identique à celles des lupus guéris ; cette transformation s'est faite en un an, à ce que dit la mère.

L'enfant présente de l'engorgement d'un ganglion sous-maxillaire à droite, et un peu d'impétigo du cuir chevelu. Elle a un frère de trois ans bien portant. Son père tousse légèrement, il a perdu deux frères de tuberculose pulmonaire depuis dix-huit mois.

OBSERVATION XXIV

LEREDDE. — (In *Traité de Dermatologie*, Hallopeau et Leredde, 1900.)

Lupus disséminé consécutif à la rougeole.

M. Leredde, qui a vu le malade, a bien voulu nous apprendre qu'il s'agissait d'un enfant de cinq à six ans qui présente des nodules lupiques disséminés après une *rougeole* compliquée de broncho-pneumonie.

Malgré l'absence de détails, ce cas est net.

Vu par le président de la thèse :

A. FOURNIER

Vu par le Doyen :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- KAPOSI. — *Traité de Dermatologie*, 2^e édition, traduction française.
- BESNIER. — Lupus disséminé consécutif à la rougeole, 1889, *Annales de Dermatologie*, p. 32.
- COMBY. — Tuberculoses cutanées multiples. *Annales de Dermatologie*, 1889, p. 456.
- BEAUSGLEIL. — *Lupus du larynx*. Société d'anatomie et physiologie normale et pathologique de Bordeaux, 4 avril 1892.
- PHILIPPSON. — Deux cas de lupus disséminé consécutifs à la rougeole. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1892, p. 358.
- DOUTRELEPONT. — Beitrag für Hauttuberculose. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1894, t. xxix, p. 211.
- DU CASTEL. — Tuberculoses cutanées consécutives à la rougeole. *Annales de Dermatologie*, 1895, 1898, 1900, 1901.
- JESSNER. — Tuberculose cutanée frambœsiforme disséminée. *Atlas international des maladies rares de la peau*. Fascicule xiii.
- H. FEULARD. — Scrofulo-tuberculose cutanée multiple. *Annales de Dermatologie*, 1896.
- PELAGATTI. — *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 704. Tuberculose miliaire aiguë disséminée de la peau.
- HAUSHALTER. — Deux cas de lichen scrofulosorum chez l'en-

fant, nature tuberculeuse de l'affection. *Annales de Dermatologie*, 1898.

TÖRÖK. — Lupus vulgaris disseminatus. *Archiv für Dermatologie*, t. XL, p. 98.

COLCOTT FOX. — Tuberculose miliaire exanthématique. *Dermatological Society of London*, 8 juin 1898.

— Lupus tuberculeux disséminé. *Id.*, 13 juillet 1898.

ADAMSON. — Case of multiples cutaneous lupus following measles. *British Journal of Dermatology*, janvier 1899, p. 20.

LÉRÉDDE. — *Traité de Dermatologie*, Hallopeau et Leredde, 1900.

A. BROCA. — Article Lupus, in *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, 1897.



BUZANÇAIS (INDRE). IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
